授乳の様子［母乳・ミルク を　飲んでいる・飲んでいた］

離乳食を始めた月齢［　　か月ごろ］　　手づかみ食べを始めた月齢［　　か月ごろ］

◆いま食事について困っていることは何ですか?

◆現在のお子さんの食事について、ご家族の目標を教えてください

◆次の症状はありますか？

・便秘　なし・あり　(　　)日に１回排便がある　ゆるい便・バナナ状・コロコロ

・いびき なし・あり

当てはまる症状に✔を付けてください（複数回答可）

□　口に食ものを入れない　　□　食事を口いっぱいに頬張る